

福井県不妊治療（生殖補助医療）費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（生殖補助医療）費の助成を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。
また、本申請に係る治療は、他都道府県及び市町村が実施する不妊治療費助成事業による助成を受けたものではありません。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫		昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻		昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所(※1)	〒 電話 ()		
住所(※2) (夫・妻)	〒 電話 ()		
今回の治療内容 該当する番号に○を 付けてください。	1. 保険診療で実施される生殖補助医療 2. 先進医療およびそれと組み合わせて保険診療で実施される生殖補助医療 3. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される生殖補助医療 4. 保険適用回数終了後の生殖補助医療		
加入している 健康保険・区分	保険者名 区分 ア・イ・ウ・エ・オ 該当する記号に○を付けてください。		
今回申請する治療 費に対する高額療 養費および付加給 付の有無(※3)	高額療養費	☐ 有 ・ ☐ 無	※該当するものに☑を してください。
	付 加 給 付	☐ 有 ・ ☐ 無	
申 請 額 (請 求 額)	今回の治療にかかった自己負担額 金 円		
	申 請 額 (請 求 額) 金 円 ※申請額(請求額)の記入にあたっては、裏面の算定方法によってください。		
申請・請求者氏名(発行責任者および担当者) (口座名義人と同じ) _____ 年 月 日 福井県知事 様			

注1) 太枠の中をご記入下さい。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。
住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注2) 治療の終了した日の翌日から起算して7月を経過する日までに申請してください。

注3) ※3: 助成決定後に高額療養費や付加給付があった場合、助成金の一部を返還していただくこととなります。
＜添付書類＞

- ① 医療機関の受診等証明書
- ② 生殖補助医療を受けた医療機関発行の領収書
- ③ 福井県内に住所を有していることが証明できる書類
- ④ 夫婦であることが証明できる書類
- ⑤ その他知事が必要と認める書類

「1 保険診療で実施される生殖補助医療」または
「2 先進医療およびそれと組み合わせて保険診療で実施される生殖補助医療」の場合

- 「3 国の審議中の技術等と組み合わせて実施される生殖補助医療」または
「4 保険適用回数終了後の生殖補助医療」の場合